Deutscher Bundestag **Drucksache 16/7136**

16. Wahlperiode 14. 11. 2007

Antrag

der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Nicole Maisch, Birgitt Bender, Dr. Harald Terpe, Grietje Bettin, Dr. Thea Dückert, Kai Gehring, Markus Kurth, Brigitte Pothmer, Christine Scheel, Irmingard Schewe-Gerigk, Josef Philip Winkler und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Finanzielle Nachhaltigkeit und Stärkung der Verbraucher – Für eine konsequent nutzerorientierte Pflegeversicherung

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Nach wiederholten Verschiebungen hat die große Koalition der Fraktionen der CDU/CSU und SPD die bereits für 2006 angekündigte Reform der Pflegeversicherung auf die Tagesordnung gesetzt. In Anbetracht eines erneuten für 2007 zu erwartenden Jahresdefizits der Sozialen Pflegeversicherung (SPV), des weiteren Anstiegs der Zahl Pflegebedürftiger und des gleichzeitigen Rückgangs des informellen Pflegepotentials ist eine Reform der Pflegeversicherung längst überfällig. Schon heute erweisen sich die Leistungen der SPV als unzureichend und widersprechen zudem oft dem Bedarf der Pflegebedürftigen und ihrer Bezugspersonen. Die starren und unflexiblen Leistungsangebote sind nicht geeignet, Pflege nachhaltig und am Bedarf orientiert zu gestalten. Da die Leistungssätze seit Einführung der SPV nicht angepasst wurden, ergibt sich ein schleichender Wertverlust, der sich bis heute auf ca. 13 Prozent beläuft. Die Situation hat sich für viele Pflegebedürftige und auch für deren pflegende Bezugspersonen nachteilig entwickelt.

Der Reformbedarf, der sich aus diesen Entwicklungen ergibt, bezieht sich auf eine grundlegende Finanzierungsreform wie auch auf eine Anpassung und Erweiterung der Leistungsinhalte. Auch nachfolgende Generationen müssen bei sich verändernden Bedarfslagen im Falle von Pflegebedürftigkeit abgesichert sein. Eine Pflegereform muss sich konsequent an den Bedürfnissen und Bedarfen der Nutzerinnen und Nutzer orientieren, ihre Rolle im Pflegesektor stärken und ihre Rechte und Würde schützen. Hierzu bedarf es eines Gesamtkonzeptes, in dem verschiedene Maßnahmen ineinander greifen. Daran wird sich die bevorstehende Pflegereform messen lassen müssen.

Erkennbar wird inzwischen, dass die Koalition aus CDU, CSU und SPD diese grundlegende Ausrichtung einer Pflegeversicherungsreform hinsichtlich der Finanzierung nicht und mit Blick auf die Inhalte nur halbherzig berücksichtigt. Bereits von der CDU/CSU und der SPD eingestanden ist die Tatsache, dass sie an ihrem in der Koalitionsvereinbarung formulierten Vorhaben gescheitert ist, die Pflegeversicherung auf ein solides und nachhaltig finanzielles Fundament zu stellen. Weder wird die Bundesregierung einen Finanzausgleich zwischen Sozialer und Privater Pflegeversicherung noch die Schaffung einer Demografiereserve realisieren. Eine geringfügige Beitragssatzerhöhung ohne weitere Maß-

nahmen stellt weder eine nachhaltige noch eine generationengerechte Finanzierungskonzeption dar.

Einige der zu diesem Zeitpunkt erkennbaren Ansätze für Strukturreformen sind im Grundsatz durchaus zu begrüßen, wie beispielsweise die Schaffung einer gesetzlichen Pflegezeit, die Errichtung von Pflegestützpunkten oder die Bemühungen zur Verbesserung der Pflegequalität. In der Umsetzung jedoch erfüllen sie nicht den Anspruch einer konsequenten Nutzerorientierung. Zentrale Elemente des Verbraucherschutzes und der Stärkung der Position der Nutzerinnen und Nutzer, die im Pflegesektor von besonderer Bedeutung sind, finden zu wenig Beachtung oder werden gar konterkariert. So wird etwa der Anspruch an die Schaffung unabhängiger und neutraler Beratungs- und Begleitungsstrukturen nicht erfüllt. Der an sich unterstützungswürdige Ansatz der Vernetzung von Versorgungsstrukturen scheitert im Grunde auf der politischen Ebene durch den weitgehenden Ausschluss von Ländern und Kommunen an der Ausgestaltung dieser Strukturen.

Konsequente Nutzerorientierung bedeutet auch, diejenigen zu unterstützen und zu stärken, die Verantwortung für pflegebedürftige Menschen übernehmen. Die Anerkennung ihrer geleisteten Arbeit wie auch ihre Entlastung sind elementare Aspekte für den Erhalt ihrer Pflegebereitschaft. Ohne diese Bereitschaft ist unsere Gesellschaft mit der Sorge um pflegebedürftige Menschen materiell und immateriell überfordert. Gemessen am gesellschaftlichen Wert der Pflegebereitschaft von Bezugspersonen sind die geplanten Maßnahmen halbherzig. Zudem werfen sie die Gefahr der sozialen Ungleichheit in der Pflege auf.

II. Vor diesem Hintergrund fordert der Deutsche Bundestag die Bundesregierung auf,

gesetzgeberische Maßnahmen einzuleiten, die darauf abzielen, eine solidarische, nachhaltige und generationengerechte Finanzierungsgrundlage für die SPV zu schaffen, Leistungsinhalte konsequent nutzerorientiert zu gestalten und pflegende Angehörige wirkungsvoll zu entlasten. Dazu zählen folgende Eckpunkte:

1. Pflege-Bürgerversicherung
   Die Soziale und Private Pflegeversicherung werden in einer Pflege-Bürgerversicherung zusammengefasst. Dadurch werden alle Bürgerinnen und Bürger gemäß ihrer Leistungsfähigkeit in den Solidarausgleich einbezogen. Im Rahmen der Pflege-Bürgerversicherung werden alle Einkommensarten zur Beitragsbemessung herangezogen. Reichen die finanziellen Mittel durch die Verbreiterung der Bemessungsgrundlage in der Pflegeversicherung nicht aus, ist die Erhöhung des Beitragssatzes in der Pflege-Bürgerversicherung kein Tabu.

2. Solidarische Demografiereserve
   Es wird eine Demografiereserve zur Abfederung steigender finanzieller Belastungen geschaffen. Dazu wird im Solidarsystem über einen zusätzlichen zweckgebundenen Beitrag eine Kollektivreserve aufgebaut, deren Vermögen vor politischem Zugriff geschützt ist.

3. Regelgebundene Dynamisierung
   Die Leistungen der Pflege-Bürgerversicherung werden jährlich regelgebunden dynamisiert. Die Dynamisierungsschritte bedürfen aufgrund der Regelgebundenheit keiner Rechtsverordnung und werden somit nicht zum Gegenstand politischer Entscheidungsprozesse.

4. Unabhängiges und neutrales Case-Management
   Alle Versicherten erhalten einen Anspruch auf individuelle Pflege- und Wohnberatung, Aufklärung, Unterstützung und Begleitung durch ein neutra-

les und unabhängiges Case-Management (Fall-Management). Ziel ist die möglichst individuelle Abstimmung, Bündelung und Koordination von Leistungen für die Betroffenen. Das Case-Management wird getragen von einer regionalen kooperativen Versorgungsstruktur, in die alle Kosten- und Leistungsträger, Leistungserbringer sowie auch Organisationen der Selbsthilfe, des ehrenamtlichen/bürgerschaftlichen/freiwilligen Engagements und Verbraucherinnen/Verbraucher-Vertretung verpflichtend und gleichberechtigt eingebunden sind.

5. Gesetzliche Pflegezeit/ Unterstützungssysteme
   Es werden gezielte Maßnahmen zur Stärkung und zum Erhalt der privaten und informellen Pflegebereitschaft ergriffen. Dazu zählt die Einführung einer maximal dreimonatigen gesetzlichen Pflegezeit für Frauen und Männer zur Organisation – nicht der Übernahme – der notwendig gewordenen Pflege oder einer Sterbebegleitung. Die Pflegezeit ist mit einem Anspruch auf eine steuerfinanzierte Lohnersatzleistung verbunden. Anspruch auf die Pflegezeit haben dabei nach einem erweiterten Familienbegriff auch Personen ohne verwandtschaftliche Beziehung, wenn sie bereit sind, Verantwortung für die Pflegebedürftige/den Pflegebedürftigen zu übernehmen. Des Weiteren zählen dazu der Aufbau und die gezielte Förderung solidarischer Unterstützungssysteme im Sinne eines individuellen Pflege- und Hilfe-Mixes. Dies beinhaltet auch die Flexibilisierung und den Ausbau komplementärer und haushaltsnaher Dienstleistungsangebote.

6. Persönliches Budget
   Das integrierte Budget für Menschen mit Behinderungen wird in ein trägerübergreifendes persönliches Budget nach SGB IX überführt. Darin sind Pflegeleistungen anstelle von Gutscheinen als echte Budgetleistung integriert. Des Weiteren wird das persönliche Pflegebudget in die Regelversorgung überführt. Es wird durch ein unabhängiges Case-Management flankiert. Es ergänzt die bestehenden Leistungsarten (Sach-, Geld- und Kombinationsleistung) als weitere Wahlmöglichkeit und wird in Höhe der Sachleistungsbeträge gewährt.

7. Transparenz und Qualitätssicherung
   Für die Nutzerinnen und Nutzer werden öffentlich zugängliche, verständlich formulierte, vergleichbare und neutrale Informationen zu Preisen, Leistungen und Qualität von Pflegeangeboten bereitgestellt. Verbindliche Kriterien und Standards zur Definition und Bewertung ambulanter und stationärer Pflegequalität werden in einem transparenten Verfahren entwickelt. Es wird eine unabhängige und multidisziplinär besetzte Instanz für Qualität in der Pflege errichtet. Die Mitwirkung von Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe von pflegebedürftigen und behinderten Menschen wird über eindeutige Regelungen zu Beteiligungs-, Anhörungs- und Antragsrechten analog den Regelungen zur Patientinnen- und Patientenbeteiligung im SGB V gesichert.

Berlin, den 14. November 2007

Renate Künast, Fritz Kuhn und Fraktion

Begründung

Zu II.1 bis II.3 Nachhaltigkeit und Generationenegerechtigkeit

Eines der wichtigsten Ziele einer Pflegereform ist die nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung. Das Solidarsystem mit einkommensabhängigen Beiträgen findet in der Bevölkerung nach wie vor breite Zustimmung. Kernelement der Sozialen Pflegeversicherung soll daher auch weiterhin die solidarische, sozial gerechte Umlagefinanzierung sein. Die Trennung zwischen Sozialer und Privater Pflegeversicherung ist unsolidarisch und fachlich nicht zu begründen. Es ist nicht einzusehen, dass sich die in der Regel einkommensstärksten zehn Prozent der deutschen Bevölkerung nicht an der solidarischen Finanzierung der Pflege beteiligen. Die Pflege-Bürgerversicherung ist deshalb unabdingbar. Alle Bürgerinnen und Bürger, ob Beamte bzw. Beamter, Selbständige bzw. Selbständiger oder Politikerin bzw. Politiker, sollen gemäß ihrer Leistungsfähigkeit in die Versicherung einzahlen. Zugleich werden alle Einkommensarten zur Beitragsbemessung herangezogen. Dadurch wird die Solidaritäts- und Gerechtigkeitslücke auch in der Pflegeversicherung geschlossen. Da die private Pflegepflichtversicherung nach den gleichen Prinzipien wie die soziale konstruiert ist, ist die Bürgerversicherung konzeptionell geboten.

Die Pflegeversicherung erlebt zudem seit ihrem Bestehen eine schleichende Leistungskürzung dadurch, dass die Leistungssätze der allgemeinen Preis- und Lohnentwicklung nicht angepasst werden. Bereits heute steigt die Zahl der sozialhilfeabhängigen Pflegebedürftigen wieder, weil die Leistungen der Pflegeversicherung einen um ca. 13 Prozent geringeren Gegenwert haben als noch 1995. Soll die Pflegeversicherung durch solche Entwicklungen also nicht ihre Legitimität verlieren, müssen die Leistungen jährlich angepasst (dynamisiert) werden. Die Dynamisierung muss jährlich nach einer bestimmten Formel regelgebunden erfolgen. Somit werden alljährliche Rechtsverordnungen zu den Dynamisierungsschritten, wie sie nach derzeitigem Stand das Konzept der Bundesregierung vorsieht, unnötig und politische Entscheidungsprozesse vermieden.

Aufgrund der demografischen Entwicklung werden die kommenden Generationen die höchsten Belastungen der Pflegesicherung zu tragen haben. Ohne eine grundlegende Kurskorrektur werden die heute jungen oder noch ungeborenen Generationen mit immer weiter steigenden Beitragssätzen belastet sein. Um diese zukünftigen Belastungen gleichmäßig und generationengerecht auf alle Schultern zu verteilen, ist die Bildung einer Demografiereserve im Sinne einer Rücklage daher unumgänglich. Diese Aufgabe muss die Solidargemeinschaft leisten. Deshalb sollte im bestehenden System eine solidarische Kollektiv-Reserve aufgebaut werden. Denkbar ist dies über einen zusätzlichen prozentualen Beitrag. Dieser fließt zweckgebunden in ein geschütztes Sondervermögen, das vor politisch motiviertem Zugriff geschützt sein muss. Zu prüfen ist zudem, inwieweit bei der Zusammenführung zu einer Pflege-Bürgerversicherung die erheblichen Altersrückstellungen der Privaten Pflegeversicherung in den Aufbau der Reserve einfließen können. Erst zu einem fixierten Zeitpunkt in der Zukunft wird die Reserve genutzt, um die Spitzen der demografischen Belastungen abzufedern.

Zu II.4 Unabhängigkeit und Neutralität von Beratungsstrukturen

Der deutsche Pflegemarkt in seiner heutigen Form erschwert den Pflegebedürftigen und ihren Bezugspersonen oftmals die Orientierung, die notwendig ist, um ein gelingendes und tragfähiges Pflegearrangement zusammenzustellen. Um ein Pflegearrangement individuell und zielorientiert planen und etablieren zu können, brauchen sie Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner, die ihnen fachlich qualifiziert mit Rat und Tat zur Seite stehen. Besonders in fragilen Lebenssituationen, wie sie infolge von Pflegebedürftigkeit entstehen, brauchen die Be-

troffenen einen Anspruch auf niedrigschwellige, verlässliche und vertrauenswürdige Beratung und Aufklärung, auf die sie sich verlassen und der sie uneingeschränkt vertrauen können. Deshalb muss beides dem Grundsatz der Neutralität und Unabhängigkeit folgen. Das gilt nicht nur für den Bereich der allgemeinen Pflege- und Wohnberatung, sondern auch und vor allem für den Bereich der Einzelfallberatung.

Individuelle Beratung, Unterstützung und Begleitung sollte sich dabei am Konzept des Case-Managements (Fall-Managements) orientieren. Das Fall-Management ist eine begleitende und beratende Instanz, die quasi-anwaltschaftlich und in enger Abstimmung mit ihren „Mandantinnen und Mandanten" Unterstützung bei der Auswahl, Bündelung und Koordination der notwendigen pflegerischen Leistungen ermöglicht. Diese Instanz muss zwingend unabhängig sein und entscheidet auf der Grundlage des erfassten und notwendigen Bedarfs des Einzelfalls. Dadurch würden auch einige der von der Bundesregierung für die „Pflegstützpunkte" vorgesehenen Aufgaben obsolet. Damit wird für ein hohes Maß an Versorgungskontinuität und -qualität sowie für die Wahrung von Verbraucherschutzrechten gesorgt. Von untergeordneter Bedeutung oder sogar kontraproduktiv ist dabei die Diskussion oder gar voreilige Entscheidung darüber, welche Berufsgruppen diese Aufgabe übernehmen sollten. Entscheidend ist, dass das Case-Management qualitätsgesichert erfolgt, eine gezielte Aus- oder Weiterbildung erfordert und Leitlinien folgt, wie sie beispielsweise die Deutsche Gesellschaft für Care und Case-Management formuliert hat.

Damit die Fall-Managerinnen/-Manager tatsächlich vernetzend und verzahnend Leistungsangebote bündeln und koordinieren können, benötigen sie eine regionale Versorgungsstruktur, in die alle an der Pflege beteiligten Akteure verpflichtend und gleichberechtigt eingebunden sind. Ohne diese Verpflichtung zur hierarchiefreien Kooperation und Kommunikation bleibt das Einzelfallmanagement wirkungslos. Erst durch die Einbeziehung aller regional tätigen Akteure im Feld der Pflege und den angrenzenden Bereichen, kann die Pflege- und Altenhilfeinfrastruktur sinnvoll und nutzerorientiert weiterentwickelt werden. Die Anbindung der allgemeinen und individuellen Beratung an einen einzelnen Träger konterkariert die originären Ziele von Beratung und Verbraucherschutz. Nicht zuletzt befördert eine solche einseitige Anbindung die Gefahr der Zerschlagung bestehender Strukturen bzw. den Aufbau von Doppelstrukturen.

Zu II.5 Stärkung und Erhalt informeller Pflegebereitschaft

Eine wesentliche Aufgabe einer Reform der Pflegeversicherung muss die Stärkung und Entlastung derjenigen sein, die bereit sind Verantwortung für pflegebedürftige Menschen zu übernehmen. Diese informellen Pflege- und Hilfepotenziale müssen erhalten werden. Oberstes Ziel hierbei sollte sein, dass diejenigen, die diese Verantwortung zu übernehmen bereit sind, sozial integriert bleiben, keine beruflichen Nachteile erfahren und finanziell nicht überfordert werden. Fakt ist heute aber, dass pflegende Bezugspersonen oft unter Gefühlen gesellschaftlicher Ausgrenzung und Isolation leiden und sich körperlich und psychisch überfordert fühlen, was nicht selten zu massiven Gesundheitsstörungen führt. Hierdurch kommt es vermehrt zu Versorgungsfehlern genauso wie zu Gewalt in der Pflegebeziehung. Speziell für Frauen im arbeitsfähigen Alter geht die Übernahme der Pflege vielfach mit einem zeitweisen oder völligen Ausstieg aus dem Erwerbsleben einher. Hierdurch werden ihre beruflichen Entwicklungschancen gegenüber Männern deutlich verringert. Der Wiedereinstieg in den Beruf verschärft sich zudem in Zeiten einer prekären Arbeitsmarktlage. In der Folge einer solchen Belastungskette zerbrechen nicht selten familiäre Hilfe- und Beziehungssysteme. Am Ende steht oft der Umzug der/des Pflegebedürftigen in ein Pflegeheim, was häufig den pflegenden Angehörigen zum Vorwurf gemacht wird und zusätzlich zu Schuldgefühlen führt. Mit den hier aufgezeigten

Problemfeldern sind vielfach hohe gegenwärtige und zukünftige Folgekosten verbunden.

Ob es gelingt, vorhandene informelle Pflege- und Hilfepotenziale zu erhalten und neue zu erschließen, wird in besonderer Weise von Lösungsansätzen abhängen, die die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf für Frauen und Männer ermöglichen. Seit längerer Zeit wird in diesem Kontext wiederholt über eine begrenzte Pflegezeit diskutiert. Eine solche Pflegezeit ist – je nach Ausgestaltung – zu begrüßen. Bei der Pflegezeit sollte es weniger darum gehen, pflegenden Bezugspersonen Raum für die direkte Pflege zu gewähren, sondern vielmehr darum, ihnen Zeit zur Organisation der Pflege und zur Organisation ihrer eigenen Entlastung zu ermöglichen. Da Pflegesituationen oft langwierig sind, würde eine Pflegeübernahme den begrenzten Rahmen einer Pflegezeit sprengen. Da insbesondere Frauen die Pflege übernehmen, würde sich hierdurch eine geschlechterbedingte Benachteiligung für Frauen am Arbeitsmarkt ergeben, die wiederum die Gefahr sozialer Benachteiligung erhöht. Aus diesem Grund empfiehlt sich eine Begrenzung der Pflegezeit auf bis zu drei Monate, die zur Organisation der Pflege oder für eine Sterbebegleitung genutzt werden sollten.

Damit eine Pflegezeit nicht nur denjenigen zugute kommt, die sich einen mehrmonatigen Verzicht auf ein Erwerbseinkommen leisten können, muss die Pflegezeit finanziell abgesichert werden. So sollte für die Dauer der dreimonatigen Pflegezeit eine Lohnersatzleistung in Höhe von 50 Prozent des Nettogehalts ausgezahlt werden, mindestens 300 Euro, maximal 1 000 Euro. Diese Lohnersatzleistung sollte aus Steuermitteln finanziert werden. Hierdurch kann soziale Ungleichheit vermieden werden.

Die Folgen der demografischen Entwicklung und anderer gesellschaftlicher Wandlungsprozesse werden erhebliche Auswirkungen auf das informelle Pflegepotenzial haben und sich in den kommenden Jahren noch verschärfen. Immer weniger Menschen werden hierdurch auf langfristige und verlässliche Hilfe und Unterstützung aus traditionellen Familiennetzwerken zurückgreifen können. Das erfordert ein Umdenken auf vielen Ebenen, vor allem aber erfordert es eine Neudefinition von „Familie“. Dabei sollte weniger der Verwandtschaftsgrad entscheidend sein, als die Verantwortung die jemand bereit ist für einen anderen Menschen zu tragen. Konsequent gedacht bedeutet das für die Pflegezeit, dass sie all jenen zustehen sollte, die Verantwortung für einen pflegebedürftigen Menschen übernehmen, unabhängig vom Verwandtschaftsgrad. Diese Personen müssen eidesstattlich versichern, dass sie die Pflege im beantragten Zeitraum organisieren. Ohne einen solchen Paradigmenwechsel wird die Pflegezeit von gesellschaftlichen Entwicklungen überholt und als Entlastungskonzept ins Leere laufen.

Neben der Weiterentwicklung und dem Ausbau entlastender Betreuungsangebote für Pflegebedürftige, der Entwicklung und Förderung haushaltsnaher und komplementärer Dienstleistungen sowie der Förderung von Selbsthilfegruppen pflegender Bezugspersonen sollten Konzepte für neu organisierte, solidarische Unterstützungssysteme entwickelt werden. So wäre zur Entlastung der pflegenden Bezugspersonen aber auch mit Blick auf die wachsende Zahl alleinlebender Pflegebedürftiger verstärkt darauf hinzuwirken, Pflege in Form eines Pflege- und Hilfe-Mixes zu konzipieren. Das beinhaltet die Verbreiterung des bisherigen Hilfe- und Unterstützungsnetzes. In diesem Netz sollten informelle, professionelle, ehrenamtliche und niedrigschwellige Hilfen zusammenfließen und sich ergänzen. Dieser Mix zielt darauf ab, die Aufgaben und die Verantwortung im Pflegefall auf mehrere Schultern zu verteilen und damit den Einzelnen zu entlasten. Hierdurch könnten Synergieeffekte erreicht werden und Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden.

Zu II.6 Erhöhung der Nutzersouveränität

Für hilfe- und pflegebedürftige Menschen, die Leistungen verschiedener Leistungsträger beziehen, muss im Sinne der „Leistung aus einer Hand“ ein trägerübergreifendes persönliches Budget geschaffen werden. Darin sollten Pflegeleistungen nicht wie bisher in Form von Gutscheinen ausgegeben werden, sondern als voll budgetfähige Leistung ausgezahlt werden, wie es bereits im integrierten Budget derzeit erprobt wird.

Das seit 2004 in der Erprobung befindliche persönliche Pflegebudget in die Regelversorgung zu überführen wäre ein bedeutsamer Schritt zur Erhöhung der Nutzersouveränität und Gestaltungsmacht von Pflegebedürftigen. Zwar liegen die abschließenden Ergebnisse des Modellprojektes derzeit noch nicht vor, die aktuellen Diskussionen geben jedoch allen Anlass, darin ein Erfolg versprechendes Konzept zu sehen. Mit einem solchen Budget können pflegebedürftige Menschen Leistungen jenseits der starren Vorgaben des Pflegeversicherungsgesetzes selbst auswählen und „einkaufen“. Hierdurch können sie verstärkt Einfluss auf die Leistungsangebote am Pflegemarkt nehmen. Dadurch wiederum wird der Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern im Sinne der Verbraucherinnen und Verbraucher gefördert. Das persönliche Budget hat das Potenzial, individuell passgenauere und finanziell flexiblere Möglichkeiten der Ausgestaltung häuslicher Pflegearrangements zu schaffen. Um für die Budgetnehmerinnen und Budgetnehmer dabei das nötige Maß an Unterstützung zu gewährleisten, sollten ihnen unabhängige Fall-Manager (Case-Manager) zur Seite gestellt werden. Diese dienen nicht nur der Sicherung der Qualität der Leistung, sondern auch der Qualität der notwendigen Aushandlungsprozesse. Das persönliche Budget sollte als weitere Wahlmöglichkeit neben den heute schon bestehenden Geld-, Sach- und Kombinationsleistungen angeboten und in Höhe der Sachleistungsbeträge ausgezahlt werden.

Zu II.7 Transparenz und Qualitätssicherung

Um eine bessere Pflegequalität zu erreichen, ist grundsätzlich bei allen Reformbemühungen ein höheres Maß an Nutzerorientierung notwendig. Auch im engeren Feld der Qualitätssicherung und -entwicklung sind heute jedoch Transparenz- und Mitwirkungsdefizite gegenüber den Nutzerinnen und Nutzern bzw. den sie vertretenden Organisationen zu beobachten. Pflegequalität ist dabei nicht nur ein Ergebnis gezielter Regulationsmechanismen, wie etwa Qualitätskontrollen. Von zentraler Bedeutung ist vielmehr, welche Kriterien und Standards ihr zugrunde liegen, in welchen Verfahren diese formuliert werden und inwieweit Informationen zur Pflegequalität öffentlich zugänglich und vergleichbar sind.

Notwendig sind daher Umsteuerungen auch in der Qualitätsentwicklung, denen die Bundesregierung mit den geplanten Reformmaßnahmen nur unzureichend gerecht wird. So ist etwa angesichts der steigenden Bedeutung ambulanter und alternativer Wohn- und Versorgungsformen die Qualitätsentwicklung auch in diesem Bereich zu befördern. Vorrangiges Ziel muss sein, dass Pflegebedürftige und ihre Bezugspersonen Qualität beurteilen und nachvollziehen können. Dazu brauchen sie öffentlich zugängliche, verständlich formulierte, vergleichbare und neutrale Informationen zu Preisen, Leistungen und Qualität von Pflegeangeboten. Die Veröffentlichung von Prüfberichten ist dazu ein wichtiger Schritt. Allerdings ist es nicht nur hierfür von entscheidender Bedeutung, dass die maßgeblichen Interessen- und Selbsthilfe-Organisationen pflegebedürftiger und behinderter Menschen an der Formulierung der Kriterien beteiligt werden, nach denen eine Veröffentlichung erfolgt. Dabei sollte man sich an den Regelungen zur Patientinnen- bzw. Patientenbeteiligung im SGB V orientieren. Auch für die Entwicklung verbindlicher Qualitätskriterien und -standards ist diese Form der Mitwirkung unverzichtbar. In welchem institutionellen Rahmen diese Entwick-

lung auch immer erfolgen mag, es bedarf eindeutiger Regelungen, die die Mitwirkung über Beteiligungs-, Anhörungs- und Antragsrechte sichern.

Notwendig ist außerdem die Formulierung von Qualitätsanforderungen auf einer unabhängigen Ebene. Geeignet dafür wäre die Schaffung eines unabhängigen Instituts oder Zentrums für Qualität in der Pflege. Nicht zuletzt muss bei der Entwicklung von Qualitätsanforderungen Abstand von einer rein pflegefachlichen Perspektive genommen werden hin zur stärkeren Berücksichtigung sozialer und teilhabeorientierter Aspekte. Dies setzt die bisher vernachlässigte Einbeziehung weiterer Professionen und Disziplinen in die Qualitätsentwicklung voraus.

Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Amsterdamer Str. 192, 50735 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Telefax (02 21) 97 66 83 44
ISSN 0722-8333